

## Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie

Gutachten für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung

Holger Pfaff<sup>1</sup>

Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln

Köln, Juni 2002

### 1. Problemstellung und Forschungsstand

Beim Krankenrückkehrgespräch handelt es sich um ein meist teilstandardisiertes Gespräch, das Vorgesetzte mit Mitarbeitern führen, die nach einer krankheitsbedingten Fehlzeit wieder der Arbeit nachgehen. Diese Form der betrieblichen Regelkommunikation ist sowohl in der wissenschaftlichen als auch in der betrieblichen Diskussion stark umstritten. Während die Fürsprecher die Krankenrückkehrgespräche für ein geeignetes Instrument zur Fehlzeitenreduktion halten, befürchten Kritiker, dass die Rückkehrgespräche eine reine Kontrolle des Fehlzeitenverhaltens beinhalten, nicht zur Gesundheitsförderung beitragen und bei den betroffenen Mitarbeitern eine Zunahme der Belastung sowie eine Chronifizierung der gesundheitlichen Beschwerden bewirken. Um einen dritten Weg einschlagen zu können, werden zunehmend Konzepte präsentiert (z.B. Mall & Sehling 1998), die den Kontrollaspekt mit dem Gesundheitsförderungsaspekt verbinden sollen und die man als gesundheitsförderungsorientierte Krankenrückkehrgespräche bezeichnen kann.

Für eine neutrale Einschätzung des Phänomens fehlten bisher empirisch fundierte, repräsentative Erkenntnisse über die Formen, Verbreitung, Bewertung, Bewältigung und Auswirkungen dieses Instrumentes. Einen Beitrag zur Behebung dieses Forschungsdefizits zu leisten, war Ziel der von der Hans-Böckler-Stiftung finanzierten Kölner Studie zur Untersuchung der Krankenrückkehrgespräche und Gesundheitspolitik in der Automobilindustrie, im folgenden kurz KUGA-Studie (**K**rankenrückkehrgespräche **u**nd **G**esundheitspolitik in der **A**utomobilindustrie) genannt. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde eine Betriebsfallstudie durchgeführt, die sich in einen qualitativen Teil, bestehend aus 58 Leitfadeninterviews, und einen quantitativen Teil mit 472 Teilnehmern einer schriftlichen Befragung gliedert (KUGA-Betriebsfallstudie). Des weiteren fand eine Vollerhebung unter den Produktionswerken von drei führenden Herstellern (Stichprobe: n = 24 Werke) und eine repräsentative Stichprobenerhebung unter den Zulieferbetrieben der Automobilindustrie (Stichprobe: n = 131 Betriebe) statt (KUGA-Unternehmensbefragung). Ziel dieses Gutachtens ist es, einen Überblick über die Formen und Verbreitung des Instrumentes des Krankenrückkehrgesprächs zu geben und die Bewertung dieses Instrumentes und seiner Umsetzung darzustellen. Bei den hier dargestellten Ergebnissen handelt es sich um die ersten Ergebnisse dieses Forschungsprojektes. Sie werden Bestandteil einer bevorstehenden Buchpublikation sein (Pfaff et al. in Vorb.).

---

<sup>1</sup> Unter Mitarbeit der Projektmitarbeiter Claudia Kaiser und Holger Krause

## 2. Verbreitung der Krankenrückkehrgespräche

Die anfänglichen Erfolge bei der Reduzierung von Fehlzeiten und die damit verbundene Einsparung von Lohnkosten, die sich mit der Einführung des AVP-Konzeptes im Rüsselsheimer Opel-Werk einstellten (vgl. Beigel 1997), führten zu einer wachsenden Verbreitung der Krankenrückkehrgespräche in der Automobilindustrie (Krüger 1999; Müller 1999), im öffentlichen Dienst (Siewert 1999; Bueren 2001), in der Telekommunikationsbranche (Bueren 2001) und im Gesundheitswesen (Bitzer 1999). Die wenigen bislang durchgeführten Untersuchungen, die sich mit der Verbreitung von Rückkehrgesprächen im deutschsprachigen Raum beschäftigt haben, ergaben Ende der 90er Jahre für die Wirtschaft branchenübergreifende Verbreitungsquoten von bis zu einem Drittel (Schnabel 1997; Schnabel 1998; Hemmer 1999; Gröben 2000).

In unserer KUGA-Studie konnten wir zeigen, dass die Verbreitung in der Automobilindustrie erheblich zugenommen hat. Sie lag im Jahre 2001 bei weit über 80 % (Herstellerwerke: 87%; Zulieferbetriebe: 83%). Dabei handelt sich um ein relativ „junges“ Instrument. Die Herstellerwerke können im Schnitt auf 12,5 Jahre und die Zulieferbetriebe auf 7,5 Jahre Erfahrung mit dem Konzept zurückblicken. Dieses Instrument hat sich in der Automobilindustrie rasch und flächendeckend ausgebreitet und muss daher als eine soziale Innovation mit enormer Durchsetzungskraft bezeichnet werden.

## 3. Rückkehrgesprächskonzepte und ihre reale Umsetzung: Vielfalt, Konzept-Realität-Differenz und Einzelfall-Anpassung

Bei den Formen der Krankenrückkehrgespräche lassen sich grob drei Typen unterscheiden: a) Krankenrückkehrgespräche mit inhaltlicher Stufung der Gespräche (gestufter Typ), b) Krankenrückkehrgespräche ohne Stufung (stufenloser Typ) und c) Rückkehrgespräche, die nach jeder Form von Abwesenheit geführt werden (allgemeiner Typ).

In unserer Rückkehrgesprächsstudie (KUGA-Studie) konnte im Rahmen der Unternehmensbefragung für die Automobilindustrie ermittelt werden, dass unter den Unternehmen, die Krankenrückkehrgespräche durchführten, eine Vielfalt an Gesprächsformen vorherrscht. So kam der gestufte Typ in 65% der Herstellerwerke und in 52% der Zulieferbetriebe zur Anwendung. Die restlichen Unternehmen wendeten den ungestuften Typ an. Von den Unternehmen, die überhaupt Krankenrückkehrgespräche durchführten, gaben 28% der Zulieferbetriebe und 10% der Herstellerwerke an, zusätzlich zu den Krankenrückkehrgesprächen Rückkehrgespräche des allgemeinen Typs durchzuführen.

In den Äußerungen der befragten Unternehmen deutet sich an, dass es in der Praxis eine Differenz zwischen Soll und Ist, d.h. zwischen dem Konzept des Rückkehrgesprächs und seiner tatsächlichen Umsetzung, gibt. So gibt ca. ein Drittel der Betriebe an, dass in ihrem Betrieb ein Mangel an a) inhaltlich konsequenter und b) flächendeckender Umsetzung des vorhandenen Konzepts gegeben ist. Die KUGA-Betriebsfallstudie ergab, dass selbst in einem Betrieb, der aus Sicht des Unternehmers und des Betriebsrates ein Betrieb ist, der das Gesprächskonzept gut umsetzt, zentrale Elemente des Konzepts von den Vorgesetzten in Wirklichkeit nicht umgesetzt wurden. So zeigten die qualitativen Interviews mit Führungskräften zum Beispiel, dass die Regel, nach jeder Krankheit mit jeder Person ein Gespräch zu führen, häufig vom Vorgesetzten nach eigenem Ermessen außer Kraft gesetzt wurde. So kam es z.B. häufig vor, dass bei einer als "normal" erkannten Erkrankungssituation

(z.B. Erkältungskrankheit) der Vorgesetzte das Krankenrückkehrgespräch nicht führte oder - für den Mitarbeiter unmerklich - "im Vorbeigehen" erledigt hat. Durch die Betriebsfallstudie wurde deutlich, dass nur in 56% der Fälle, in denen ein Krankenrückkehrgespräch hätte geführt werden müssen, ein Gespräch geführt wurde, das vom Mitarbeiter als Rückkehrgespräch erkannt wurde. Auch diese Zahl legt auf Grundlage der qualitativen Erkenntnisse nahe, dass viele Krankenrückkehrgespräche nicht oder unbemerkt stattfinden. Die Führungskräfte setzten zudem – dies zeigten die qualitativen Interviews – die vorgesehene Stufung der Gespräche teilweise außer Kraft, weil sie nur dann auf die nächst höhere Gesprächsstufe gehen wollten, wenn sie das im Einzelfall für notwendig erachteten. So blieben die Vorgesetzten in bestimmten Fällen bei der ersten Gesprächsstufe, obwohl sie nach den Regeln des Konzeptes längst die nächsthöhere Stufe hätten anwenden müssen. Die positive Folge davon ist, dass in dem untersuchten Betrieb nur 5-6 % der Rückkehrgespräche in den hohen, konsequenzträchtigen Stufen (Stufe 3: Androhung von Konsequenzen; Stufe 4: Personalgespräch) stattfanden. Eine Voraussetzung hierfür war, dass das Führen der Krankenrückkehrgespräche von den übergeordneten Vorgesetzten und der Personalabteilung nicht stringent kontrolliert wurde, so dass in dem untersuchten Betrieb entsprechende Interpretations- und Handlungsspielräume für die Vorgesetzten gegeben waren, die sie meist im Sinne der Mitarbeiter nutzten.

Was ist der Hintergrund der vorgefundenen Konzept-Realität-Differenz? In der Differenz zwischen Konzept und Realität drückt sich unseres Erachtens die individuelle und kollektive Bewältigung des Konzeptes der Rückkehrgespräche durch die Vorgesetzten aus. Das Ergebnis der qualitativen Interviews mit den Führungskräften war, dass diese das Konzept so umsetzen, wie sie es entsprechend dem Arbeitsumfeld ihrer Kostenstelle, ihrem Verhältnis zu ihrer „Mannschaft“ und dem einzelnen Mitarbeiter gegenüber für richtig halten. Sie versuchen z.B. zu vermeiden, dass eine exakte Umsetzung des Konzeptes zu einer Störung des Vertrauensverhältnisses führt und indirekt die Leistungserbringung beeinträchtigt. Es handelt sich dabei um eine einzelfall- und kontextbezogene Umsetzung des Konzeptes. Dieses Vorgehen lässt sich als Bewältigung des Konzeptes deuten.

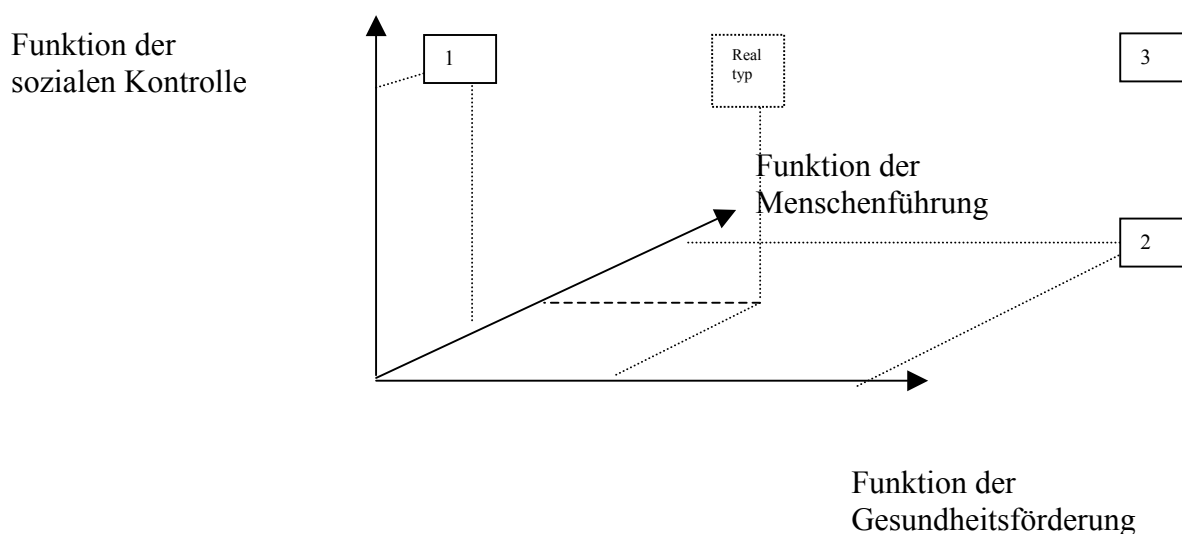
#### **4. Funktionen des Krankenrückkehrgesprächs: Verhaltenskontrolle, Gesundheitsförderung oder Menschenführung?**

Die qualitativen Ergebnisse der Kölner Rückkehrgesprächsstudie förderten die Erkenntnis zu Tage, dass das Krankenrückkehrgespräch neben den zwei offensichtlichen (manifesten) Funktionen, Fehlzeitenkontrolle und Gesundheitsförderung, mindestens eine zusätzliche (latente) Funktion besitzt, die der Menschenführung. Auf diese Weise gelangt man zu drei zentralen Funktionen des Krankenrückkehrgesprächs:

- a) Funktion der sozialen Kontrolle (Ziel: Reduktion motivationsbedingter Fehlzeiten)
- b) Funktion der Gesundheitsförderung (Ziel: Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten und Förderung der allgemeinen Gesundheit)
- c) Funktion der Menschenführung (Ziel: Sozio-emotionale Unterstützung des Mitarbeiters unabhängig von der Arbeitsaufgabe)

Alle drei Funktionen können in Krankenrückkehrgesprächen in mehr oder weniger großen Anteilen enthalten sein. Dadurch spannt sich ein dreidimensionaler Raum auf, in dem man jedes einzelne reale Rückkehrgespräch und jedes betriebliche Rückkehrkonzept „verorten“ kann (Abb. 1).

**Abb. 1: Funktionen von Krankerückkehrgesprächen**



Die Kritiker der Krankerückkehrgespräche befürchten, dass diese Gespräche nur der Fehlzeitenkontrolle dienen, keine Unterstützungskomponente (personenbezogene Menschenführung) enthalten und keinen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten. Die Krankerückkehrgesprächskonzepte der ersten Generation entsprechen diesem Gesprächstyp (Gesprächstyp 1 in Abb. 1: kontrollierende Rückkehrgespräche). Die Befürworter, die in dem Instrument eine Möglichkeit sehen, Gesundheitsförderung zu betreiben und krankmachende Belastungen zu reduzieren (Mall & Sehling 1998), messen der Funktion der sozialen Kontrolle weniger Bedeutung bei, schreiben dafür aber den Funktionen Menschenführung und Gesundheitsförderung eine größere Rolle im Rahmen des Gespräches zu (Gesprächstyp 2: gesundheitsförderliche Rückkehrgespräche). Ein Mischtyp ist gegeben, wenn das Gespräch alle drei Funktionen gleichermaßen erfüllt (Gesprächstyp 3 in Abb.1).

Die Ergebnisse der Unternehmensbefragung im Rahmen der Kölner Rückkehrgesprächsstudie (KUGA-Unternehmensbefragung) erbrachten die Erkenntnis, dass aus Sicht der Unternehmen eher der Gesprächstyp 3 vorherrscht als – wie zu vermuten war – der Gesprächstyp 1. So sahen von den befragten Unternehmen 89% Krankerückkehrgespräche als ein Instrument des Fehlzeitenmanagements, 78% als ein Instrument der Personalpolitik und 68% als ein Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung an. Zieht man die qualitativen und quantitativen Ergebnisse der Betriebsfalluntersuchung der Kölner Rückkehrgesprächsstudie (KUGA-Betriebsfallstudie) heran, so wird deutlich, dass in vielen Gesprächen die Unterstützung des Mitarbeiters und der Aspekt des Kümmerns im Vordergrund der Bemühungen des Vorgesetzten stehen. Diese Gespräche weisen einen hohen Anteil an Menschenführung auf. Der Aspekt der Gesundheitsförderung spielt daneben zwar auch eine Rolle, doch zeigen die Ergebnisse der Betriebsfallstudie, dass die Verbesserung der Arbeitsbedingungen nicht bei allen Gesprächen im Zentrum steht. Immerhin wurde jedoch bei der Hälfte der Personen, die Erfahrungen mit Krankerückkehrgesprächen gesammelt haben, mindestens eine Gesundheitsförderungsmaßnahme vereinbart. Bedenkt man, dass nicht jede Krankheit betrieblich bedingt ist, so werden mit relativ vielen Mitarbeitern Maßnahmen abgesprochen. Allerdings wurde von einer vollständigen Umsetzung dieser Maßnahme nur in 17% der Fälle berichtet, in 53% der Fälle erfolgte eine Teilumsetzung der Maßnahme. In 30% der Fälle hingegen ergaben sich keinerlei Konsequenzen aus der Vereinbarung. Das sich hier

andeutende Umsetzungsproblem spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Interviews wider. Es finden sich sehr wenig Beispiele für eine konkrete Hilfe durch Maßnahmenvereinbarungen im Krankenrückkehrgespräch. Häufig sind die Mitarbeiter mit dem Ergebnis in Bezug auf die eigene Gesundheit unzufrieden, auch wenn das Gespräch als solches als nette Geste empfunden wurde. Wenn dagegen Gesundheitsmaßnahmen besprochen, aber nicht umgesetzt werden konnten (durch begrenzte Mittel oder Beschränkungen im betrieblichen Alltag) entstand Unzufriedenheit bei dem betroffenen Mitarbeiter. Zudem ergibt sich das Problem, dass Vorschläge für Gesundheitsmaßnahmen, die den Bereich des Arbeitsschutzes überschreiten (z.B. Therapievorschläge, Ernährungstipps), häufig in die Privatsphäre des Mitarbeiters eindringen, was aus ihrer Sicht oft nicht angemessen ist. Die Vorgesetzten selbst sind für ihre neue Aufgabe, die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern, oft nicht richtig gerüstet. Die Ergebnisse machen z.B. deutlich, dass der Umsetzung von Maßnahmen häufig der betriebliche Alltag und die begrenzten Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten der Vorgesetzten auf dem Gebiet der Gesundheit im Weg stehen. Obgleich es deutliche Probleme auf der Ebene der konkreten Maßnahmenumsetzung gibt, hält die Hälfte der schriftlich befragten Mitarbeiter die Krankenrückkehrgespräche für grundsätzlich gut geeignet, die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern. Damit ergibt sich aus den Ergebnissen der KUGA-Studie eine Diskrepanz zwischen dem Konzept des gesundheitsförderlichen Rückkehrgesprächs und seiner tatsächlichen Umsetzung. Im betrieblichen Alltag erfüllt demnach das Krankenrückkehrgespräch nur in einem begrenzten Umfang die Gesundheitsförderungsfunktion.

Zusammen mit den Einschätzungen der befragten Unternehmen ergibt sich daraus das Bild, dass der durchschnittliche Typ des Rückkehrgesprächs eine hohe Kontrollfunktion, eine gewisse Menschenführungsfunktion und eine begrenzte Gesundheitsförderungsfunktion erfüllt (vgl. Position des Realtyps in Abb. 1).

## **5. Ambivalente Bewertung: Sind Krankenrückkehrgespräche eine Belastung oder eine Hilfe?**

Neben der Senkung des Krankenstandes versprechen sich die Befürworter der Rückkehrgespräche positive Auswirkungen auf die Gesprächs- und Vertrauenskultur innerhalb des Unternehmens (Bitzer 1994). Als „Forum für Kommunikation“ (Spies & Beigel 1997) sollen Rückkehrgespräche dazu beitragen, dass Vorgesetzte und Mitarbeiter in einen fürsorglichen und vertrauensvollen Dialog treten, um Informationen auszutauschen und offen über Probleme am Arbeitsplatz zu reden. Der Mitarbeiter würde dadurch konkret erfahren, dass sich der Vorgesetzte um ihn kümmere (Bitzer 2001; Nieder 1998). Die Kritiker führen als Argumente für die Ablehnung der Rückkehrgespräche an, dass diese inhuman gehandhabt würden, letztlich auf eine Ausgrenzung kranker und leistungsschwacher Arbeitnehmer hinausliefen und gesundheitsgefährdenden Charakter hätten (Wompe 2000; Borowiak & Taubert 1997). Es ginge lediglich um das Erzwingen von Anwesenheit, nicht jedoch um eine Verbesserung der Gesundheit. Die Gespräche zielten darauf ab, die Beschäftigten unter Androhung von Sanktionen zur Änderung ihres Fehlzeitenverhaltens zu bewegen (Bueren & Wompe 2000). Diese Gesprächspraxis – so die Kritiker weiter – habe letztlich zur Folge, dass sich viele Mitarbeiter krank zur Arbeit „schleppen“, um nicht an einem Krankenrückkehrgespräch teilnehmen zu müssen (Zinke 1999; IG Metall 2002). Als besonders belastete Personengruppen werden dabei ältere, weibliche und ausländische Arbeitnehmer angesehen. Ältere Arbeitnehmer würden oft an chronischen Krankheiten leiden. Aufgrund der hiermit verbundenen häufigen krankheitsbedingten Abwesenheiten sei die Angst vor der Teilnahme an Rückkehrgesprächen und den möglichen negativen

Konsequenzen (z.B. Kündigung) bei ihnen besonders groß. Frauen hingegen würden diese Gespräche aufgrund der Vorurteile und Unsicherheiten männlicher Vorgesetzter im Umgang mit weiblichen Beschäftigten in größerem Maße als unzumutbar empfinden. Bei ausländischen Mitarbeitern seien es vor allem Sprachbarrieren sowie generelle Vorurteile und die Unkenntnis der kulturellen Gepflogenheiten seitens der Vorgesetzten, die bei diesem Personenkreis zu einer Erhöhung des mit Rückkehrgesprächen verbundenen Belastungspotenzials führten (Zinke 1999).

Ein Ziel der Kölner Rückkehrgesprächsstudie (KUGA-Studie) war es, durch die Erhebung von Daten etwas Licht in diese Diskussion zu bringen. So konnte gezeigt werden, dass für 17 % der Personen, die Erfahrungen mit Krankenrückkehrgesprächen gemacht haben, diese subjektiv belastend waren. Es konnte weiter nachgewiesen werden, dass die Gespräche für ausländische Mitarbeiter belastender waren als für deutsche, für Arbeiter belastender als für Angestellte und für chronisch Kranke belastender als für nicht chronisch Kranke. Die Unterschiede waren in allen Fällen signifikant. Die Befürchtung, dass sich viele Mitarbeiter krank zur Arbeit „schleppen“, um nicht an einem Krankenrückkehrgespräch teilnehmen zu müssen, wird von etwas mehr als 55% der befragten Mitarbeiter (Betroffene und Nicht-Betroffene) geteilt. 40 % gehen zudem davon aus, dass durch die Gespräche das Vertrauen zwischen dem Vorgesetzten und den Mitarbeitern gestört wird.

Die subjektive Belastung, die durch Rückkehrgespräche entstehen kann, konnte auch in den qualitativen Interviews nachgewiesen werden. Hier zeigten die Ergebnisse, dass sich v.a. unfreundliches oder drohendes Verhalten des Vorgesetzten negativ auf die Bewertung des Rückkehrgesprächs auswirkte. Zudem wurde es von den Mitarbeitern als belastend empfunden, wenn sie unsicher waren, welche Folgen das Krankenrückkehrgespräch für sie haben könnte. Diese Unsicherheit fand sich in den qualitativen Interviews eher bei älteren, chronisch kranken und ausländischen Mitarbeitern. Die Unsicherheit wurde von einigen Vorgesetzten z.B. dadurch vermindert, dass sie den Mitarbeiter über die Hintergründe des Instrumentes informierten und ihr Vorgehen transparent und damit berechenbar machten.

Die Rückkehrgespräche stellen aber auch in vielen Fällen eine Hilfe für die Mitarbeiter dar. Immerhin 30 % aller Rückkehrgesprächs-Erfahrenen bezeichneten in der KUGA-Betriebsfallstudie die Rückkehrgespräche als Hilfe. In den Interviews ließen sich zwar kaum Beispiele konkreter Hilfe durch Rückkehrgespräche nachweisen. Es zeigte sich aber, dass es vom Mitarbeiter durchaus als positiv erlebt werden kann, wenn sich der Vorgesetzte in angemessener Weise um seine Gesundheit kümmert. In vielen Fällen wurden die geführten Gespräche mehr oder weniger neutral erlebt. Dies war v.a. dann der Fall, wenn keine direkte Hilfe angeboten wurde oder werden konnte. Betrachtet man alle Mitarbeiter, also auch diejenigen, die keine Rückkehrgesprächserfahrung haben, so wird eine Hilfe durch das Rückkehrgespräch vor allem in drei Punkten gesehen. Erstens gehen 54% aller befragten Mitarbeiter davon aus, dass die Krankenrückkehrgespräche es ermöglichen, die Gesundheit zu einem Thema zwischen dem Mitarbeiter und dem Vorgesetzten zu machen. Zweitens sind etwa 40 % der Meinung, dass die Rückkehrgespräche die Wiedereingliederung in die Arbeit erleichtern. Drittens glaubt mehr als ein Drittel der befragten Mitarbeiter, dass die Gespräche die Beziehung zwischen dem Vorgesetzten und den Mitarbeitern fördern.

Die hierin insgesamt zum Ausdruck kommende ambivalente Bewertung der realen Umsetzung des gestuften Rückkehrgesprächskonzepts spiegelt sich auch in der Zufriedenheit der Betroffenen mit den eigenen Gesprächserfahrungen wider. So waren diese in mittlerem Maße zufrieden mit den Krankenrückkehrgesprächen, dem Verhalten des Vorgesetzten und dem Grad der Gesundheitsförderlichkeit.

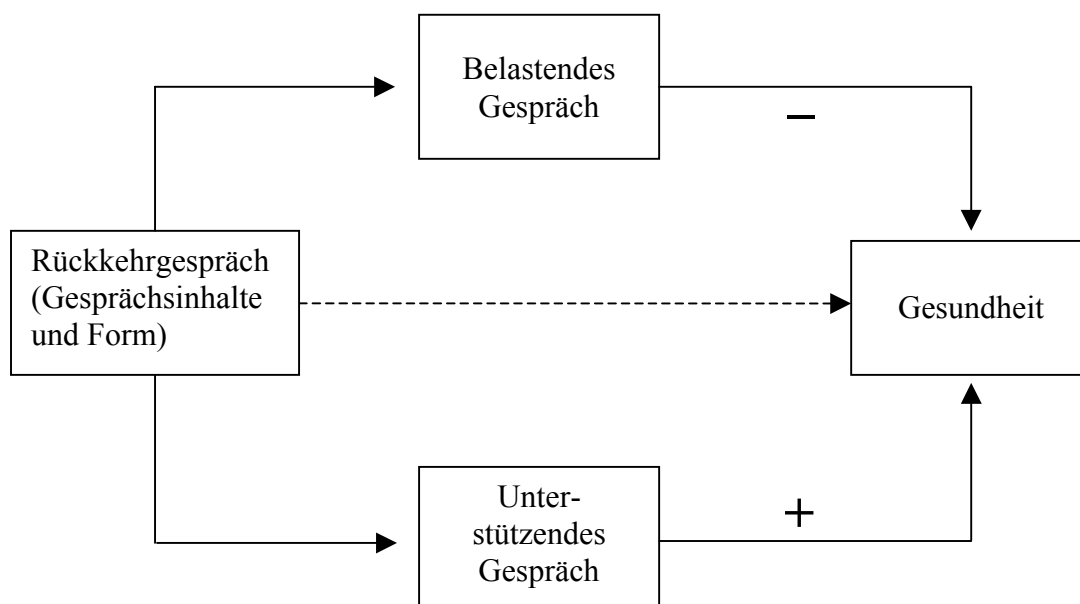
Bei der Gesamtbewertung der Praxis der Krankenrückkehrgespräche müssen zwei Arten von Ambivalenzen unterschieden werden: eine interpersonelle und eine intrapersonale Ambivalenz. Die interpersonelle Ambivalenz kommt darin zum Ausdruck, dass in der KUGA-Betriebsfallstudie die Befürworter und die Gegner zwei gleich starke Lager unter den Beschäftigten bilden. Ein Drittel der Mitarbeiter findet es schlecht, dass die Rückkehrgespräche durchgeführt werden. Ein Drittel hält dies jedoch für gut. Bei dem verbleibenden Drittel der befragten Mitarbeiter wird die andere Form der Ambivalenz, die intrapersonale Ambivalenz, deutlich. Diese Mitarbeiter beurteilen die Praxis der Krankenrückkehrgespräche als sowohl gut als auch schlecht und sind damit als Person selbst dem Rückkehrgespräch gegenüber ambivalent eingestellt.

Die Ergebnisse der KUGA-Unternehmensbefragung runden das Bild von einer ambivalenten Bewertung ab. So gehen ca. 6 von 10 befragten Unternehmen davon aus, dass das Konzept der Krankenrückkehrgespräche von hohem Nutzen für das Unternehmen ist. Einen hohen Nutzen für die Mitarbeiter sehen 4 von 10 der befragten Unternehmen. Gibt es Unterschiede in der Bewertung zwischen Vertretern des Personalwesens, der Betriebsräte und der Gesundheitsexperten? Dieser Frage wurde bei der Befragung der Herstellerwerke (KUGA-Unternehmensbefragung) nachgegangen. Die erhobenen Daten zeigen, dass die Betriebsräte den kritischsten Standpunkt einnehmen, denn nur einer von zehn Betriebsräten sieht in dem Krankenrückkehrgespräch einen hohen Nutzen für den Mitarbeiter. Unter den Vertretern des Personalwesens und der Gesundheitsexperten sind es drei von zehn. Von einem hohen Nutzen für das Unternehmen gehen in den Herstellerwerken 8 von 10 Personen mit Personalverantwortung, 5 von 10 Betriebsräten und ca. 5 von 10 Gesundheitsexperten aus.

## **6. Auswirkungen der Krankenrückkehrgespräche auf Gesundheit und Fehlzeiten: Entscheidend ist das Wie der Gespräche**

Die Ergebnisse der Betriebsfalluntersuchung der Kölner Rückkehrgesprächsstudie (KUGA-Betriebsfallstudie) deuten darauf hin, dass für die gesundheitlichen Folgen der Rückkehrgespräche nicht so sehr die Tatsache entscheidend ist, ob ein Rückkehrgespräch durchgeführt wurde oder nicht, sondern wie. Ein Vergleich der Personen, die krank waren, aber mit denen wissentlich kein Rückkehrgespräch geführt wurde, mit den Personen, die krank waren und mit denen wissentlich ein Rückkehrgespräch geführt wurde, ergab hinsichtlich der Kriteriumsvariablen Ängstlichkeit (SCL-90-R; Derogatis 1977), körperliche Beschwerden (Zerssen Beschwerdeliste; Zerssen 1976) und Wohlbefinden (Bradburn 1969) keine signifikanten Unterschiede. Wenn das wissentlich geführte Rückkehrgespräch jedoch als belastend erlebt wurde, war die Ängstlichkeit (SCL-90-R) und das Ausmaß körperlicher Beschwerden (Zerssen Beschwerdeliste) signifikant höher. Spiegelbildlich hierzu fielen die Ergebnisse zur These, dass unterstützende Gespräche positiv auf die Gesundheit wirken, aus. Je unterstützender die Rückkehrgespräche von den Betroffenen wahrgenommen wurden, desto geringer waren die Angst und das körperliche Beschwerdenniveau ausgeprägt und desto höher war das Wohlbefinden. Dieses Ergebnis legt eine differenzierte Betrachtung der Wirkung von Rückkehrgesprächen nahe: Es sind weder Anhaltspunkte für eine per se krankmachende Wirkung noch für eine per se gesundmachende Wirkung vorhanden. Damit scheinen weder die Befürworter noch die Kritiker recht zu behalten. Die Wirkung der Rückkehrgespräche scheint davon abzuhängen, wie die Gespräche geführt werden und ob sie von den Betroffenen als Belastung oder Hilfe wahrgenommen und bewertet werden (siehe Abb. 2).

**Abb. 2: Die ambivalente Wirkung von Krankenrückkehrgesprächen**



Wie sieht es mit dem Zusammenhang zwischen Rückkehrgesprächen und Fehlzeiten aus? Die Kritiker der Rückkehrgespräche befürchten, dass die Rückkehrgespräche den Weg zur Chronifizierung von Krankheiten bereiten und langfristig zu einer massiven Erhöhung der betrieblichen Fehlzeitenquote führen (vgl. Keller & Müller 1999; Piorr 2001; IG Metall 2002). Die Befürworter gehen davon aus, dass durch die Kontrolle des Fehlzeitenverhaltens und durch die intensivere Kommunikation eine Reduktion der Fehlzeiten resultiert. Sie betrachten das Krankenrückkehrgespräch in erster Linie als ein effektives Instrument zur Senkung betrieblicher Fehlzeiten (z.B. Franz 1999; Johannsen 1999; Bracke 1999).

Erste Hinweise zur Wirkung der Krankenrückkehrgespräche auf die Fehlzeiten liefert eine empirische Längsschnittstudie, die in einem Industriebetrieb durchgeführt wurde. Die Ergebnisse dieser Studie deuten auf einen fehlzeitenreduzierenden Effekt von Krankenrückkehrgesprächen hin (Backes-Gellner et al. 2001). Die Ergebnisse der KUGA-Unternehmensbefragung im Rahmen der Kölner Rückkehrgesprächsstudie liefern jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Betriebe, die Krankenrückkehrgespräche durchführen, einen geringern Fehlzeitenstand und/oder einen schnelleren Rückgang der Fehlzeiten aufweisen. Allerdings konnten statistische Zusammenhänge a) zwischen dem Umsetzungsgrad des Rückkehrgesprächskonzepts und der Fehlzeitenreduktion und b) zwischen dem Formalisierungsgrad der Krankenrückkehrgespräche und der Abnahme des Krankenstandes nachgewiesen werden. Damit ergibt sich bei der Betrachtung der Fehlzeiten ein ähnliches Bild wie bei der Betrachtung der Gesundheit als Zielvariable: Nicht das Ob, sondern das Wie scheint entscheidend zu sein. Die Art der Durchführung der Krankenrückkehrgespräche scheint eher die Abnahme des Fehlzeitenstandes zu beeinflussen als die Tatsache, ob Rückkehrgespräche durchgeführt werden.

Insgesamt gesehen gibt es zur Zeit weder für die These, dass Krankenrückkehrgespräche die Fehlzeiten senken, noch für die Gegenthese, dass Krankenrückkehrgespräche die Fehlzeiten erhöhen, konkrete Anhaltspunkte. Somit ergibt sich nicht nur auf der Basis der Bewertung der Rückkehrgespräche, sondern auch auf der Grundlage der Zusammenhangsanalysen der Schluss, dass Rückkehrgespräche ambivalent zu betrachten sind.



## 7. Betriebliche Gesundheitspolitik

Die KUGA-Unternehmensstudie förderte mehrere Erkenntnisse über die betriebliche Gesundheitspolitik in der Automobilindustrie zu Tage. Es zeigte sich erstens, dass die betriebliche Gesundheitsförderung in der Hersteller- und Zulieferindustrie weit verbreitet ist. Dabei dominiert die Verhältnisprävention, verhaltenspräventive Maßnahmen spielen eine sekundäre Rolle. Im Vordergrund stehen Maßnahmen der interventionsorientierten Diagnostik (z.B. Arbeitsplatzbegehungen, Gefährdungsanalysen oder Beurteilung der Bildschirmarbeitsplätze). Als zentrale Akteure der Gesundheitspolitik sehen die Betriebe die Führungskräfte und die Betriebsärzte an. Ein weiteres Ergebnis der KUGA-Unternehmensstudie war, dass unter den befragten Betrieben eine geteilte Meinung über den Wert der betrieblichen Gesundheitspolitik vorherrscht. Besonders skeptisch wird die Gesundheitspolitik von der Akteursgruppe der Betriebsräte beurteilt. Die durchgeführten Analysen zum Zusammenhang zwischen betrieblicher Gesundheitspolitik und Fehlzeitenentwicklung förderten eine hohe Korrelation zwischen dem Umfang der Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungsaktivitäten in allen Abteilungen im Jahr 2001 und einer Fehlzeitensenkung in der Vergangenheit zu Tage. Auch die Güte der Kooperation zwischen den Gesundheitsexperten korrelierte mit der Fehlzeitensenkung signifikant. Diese Daten lassen zwar keine kausalen Schlüsse zu, können jedoch wie folgt gedeutet werden. Betriebe, die 2001 ein hohes Niveau an gesundheitsförderlichen Aktivitäten in der Fläche vorzuweisen hatten, haben dieses breite und vielfältige Aktivitätsniveau nicht „von heute auf morgen“ erreichen können, sondern über Jahre hinweg aufgebaut. Solche Betriebe können meist auf eine langjährige Erfahrung in Sachen Gesundheitsförderung zurückblicken und haben ein hohes Commitment gegenüber dem Thema entwickelt. Die Erfassung der gesundheitspolitischen Aktivitäten misst damit indirekt das gesundheitspolitische Engagement des Betriebes in der Vergangenheit und Gegenwart. Dieses gesundheitspolitische Commitment scheint sich langfristig auszuzahlen und zu einer Fehlzeitensenkung beizutragen.

## 8. Schlussfolgerungen zum Umgang mit den Krankenrückkehrgesprächen aus dem Blickwinkel betrieblicher Gesundheitspolitik

Die folgenden Schlussfolgerungen und Empfehlungen zum Umgang mit dem Instrument des Krankenrückkehrgesprächs orientieren sich an der Leitidee der Gesundheitsförderung. Geht man davon aus, dass Fehlzeiten motivations- oder krankheitsbedingt sein können, dann reduziert eine solche an der Gesundheitsförderlichkeit orientierte Strategie langfristig einen nicht unerheblichen Teil der Fehlzeiten.

### **Fazit I: Krankenrückkehrgespräche sind ambivalent und stellen keine generelle Patentlösung dar**

Die ambivalente Bewertung der Krankenrückkehrgespräche, die in der KUGA-Studie zum Ausdruck kommt, macht deutlich, dass die Rückkehrgespräche in den Augen der Betroffenen keine ideale Patentlösung darstellen. Die durchgeführten Zusammenhangsanalysen lassen zudem an der generellen Wirksamkeit dieses Instruments in Hinblick auf Fehlzeitenreduktion und Gesundheitsförderung Zweifel aufkommen. Der Einsatz dieses Instruments scheint, wenn überhaupt, in den Fällen sinnvoll zu sein, in denen das Rückkehrgespräch auf eine hohe Akzeptanz bei allen Beteiligten stößt und in denen Instrumente, die

Krankenrückkehrgespräche gut ersetzen können (siehe Fazit II), fehlen. Es muss in jedem betrieblichen Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob das Instrument Krankenrückkehrgespräch für den konkreten Betrieb mit den gegebenen Problemen und den gegebenen Führungskräften eine sinnvolle Option darstellt. Wird es als mögliche Option betrachtet, müssen aufgrund des ambivalenten Charakters der Rückkehrgespräche aus unserer Sicht generelle und gesprächstypspezifische Mindeststandards eingehalten werden, um eine humane und gesundheitsförderliche Durchführung sicherzustellen (siehe Fazit III, IV und V).

**Fazit II: Eine systemische Gesundheitspolitik gepaart mit einer gesundheitsorientierten Führung und guten Führungsbedingungen machen Krankenrückkehrgespräche überflüssig**

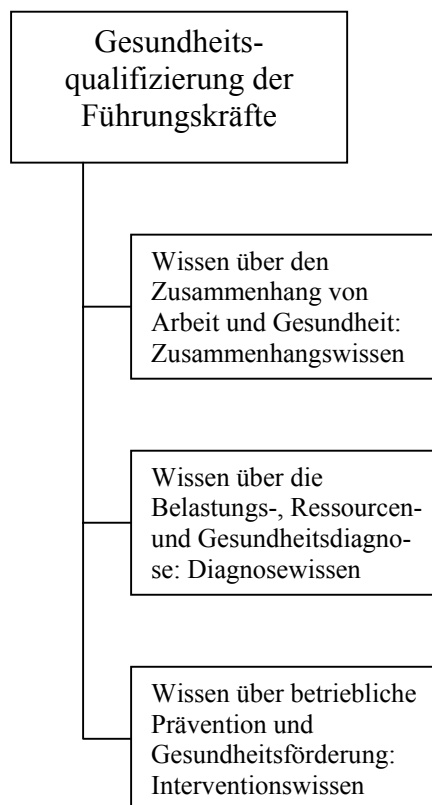
*Systemische Gesundheitspolitik:* Die Ergebnisse der KUGA-Unternehmensstudie machen deutlich, dass mit dem Umfang der Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen und mit der Güte der Zusammenarbeit der Gesundheitsexperten die Chance für eine Fehlzeitensenkung steigt. Dies ist ein empirischer Hinweis darauf, dass eine systemisch orientierte Gesundheitspolitik sinnvoll und wirksam sein kann. Unter einer systemischen Gesundheitspolitik verstehen wir eine Gesundheitspolitik, die auf einer intensiven Vernetzung der Gesundheitsexperten aufbaut, die Führungskräfte vor Ort als dezentrale Gesundheitsmanager begreift, alle Hierarchieebenen und Abteilungen des Betriebes einbezieht, die Verhältnisse und das Verhalten im präventiven Sinne optimiert, Prävention und Rehabilitation gleichermaßen betreibt und alle Aktivitäten dem Dreischritt Diagnose-Intervention-Evaluation unterzieht.

*Gesundheitsorientierte Führung:* Die KUGA-Unternehmensstudie belegt, dass die Betriebe neben den Betriebsärzten vor allem die Führungskräfte als zentrale Träger der betrieblichen Gesundheitspolitik sehen. Gleichzeitig zeigen die Interviews aus der Betriebsfallstudie, dass die Führungskräfte von ihren Mitarbeitern eine offene Auseinandersetzung über das Thema Gesundheit und ein gewisses Maß an Eigenverantwortung erwarten. Im Rahmen einer systemischen Gesundheitspolitik wird die Führungskraft vor Ort zum „dezentralen Gesundheitsmanager“, während die Gesundheitsexperten entweder zentrale oder unterstützende Gesundheitsmanagement-Aufgaben übernehmen. Zu einer systemischen Gesundheitspolitik gehört demnach auch eine gesundheitsorientierte Führung. Sie sichert die Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung. Gesundheitsorientierte Führung wird hier verstanden als ein Führungsverhalten, das den Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter zum Ziel hat. Sie ist der Kern einer führungsbasierten Gesundheitspolitik.

*Gesundheitsqualifizierung der Führungskräfte als Führungsbedingung:* Damit die Führungskräfte ihre Gesundheitsförderungsaufgaben erfüllen können und angesichts ihrer Aufgabenfülle nicht überfordert werden, müssen sie gesundheitsbezogen qualifiziert und bei ihrer Arbeit unterstützt werden. Die qualitativen Ergebnisse der KUGA-Betriebsfallstudie haben gezeigt, dass die Führungskräfte bezüglich ihrer inhaltlichen Qualifikation große Defizite aufweisen. Da der Betrieb bereits fünf bis sechs Jahre Erfahrung in der Gesundheitsförderung besaß, hatten sie zwar ein grundlegendes Verständnis für Gesundheit, welches aber, besonders außerhalb des Arbeitsschutzes, als eher laienhaftes Wissen charakterisiert werden kann. Zudem ist das Gesundheitsverständnis der Vorgesetzten sehr biomedizinisch orientiert. Gesundheitswissenschaftliche Modelle, wie z.B. das Stress-Modell der Krankheitsentstehung, sind nicht oder nur laienhaft präsent. Dies erschwert es den Vorgesetzten, aus gegebenen Situationen die richtigen Schlüsse zu ziehen und geeignete Gesundheitsförderungsmaßnahmen einzuleiten, die über rein körperliche Maßnahmen hinausgehen. Aufgrund der ungenügenden Qualifikation ist es auch für die Vorgesetzten

schwer zu erkennen, ab welchem Punkt ihre Gesundheitskompetenz nicht mehr ausreicht und sie den Fall an die Gesundheitsexperten abgeben sollten. Die notwendige gesundheitsbezogene Qualifizierung der Führungskräfte beinhaltet die Vermittlung von Grundkenntnissen der Gesundheitswissenschaften zur Verursachung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten, zur Gesundheitsförderung im Betrieb und zum betrieblichen Gesundheitsmanagement. Unter einer Gesundheitsqualifizierung der Führungskräfte verstehen wir die Vermittlung von Wissen über die Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit, über die Diagnose von psychischen Belastungen, Ressourcen und Gesundheit sowie über die gesundheitswirksame Intervention in den Betrieb. Eine Gesundheitsqualifizierung der Führungskraft ist gegeben, wenn sie genügend Zusammenhangswissen, Diagnosewissen und Interventionswissen zum Thema Arbeit und Gesundheit besitzt, um in ihrem Zuständigkeitsbereich die Gesundheit der Mitarbeiter gezielt und systematisch fördern zu können (vgl. Abb. 3). Der Qualifizierungsbedarf ist allerdings nicht nur bei den Führungskräften gegeben, sondern auch bei den Mitarbeitern und Betriebsräten. Damit sie im Rahmen der Gesundheitspolitik qualifiziert mitdenken, mitreden und mitentscheiden können, ist es nötig, dass sie ebenfalls hinsichtlich des Gesundheitswissens und der Gesundheitspraxis geschult werden. Gerade die Ergebnisse der KUGA-Unternehmensstudie, die eine große Skepsis der Betriebsräte bezüglich des Werts der Gesundheitspolitik offenbaren, lassen vermuten, dass eine bessere Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit und über den Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung die Akzeptanz betrieblicher Gesundheitspolitik heben könnte.

**Abb. 3:** Gesundheitsqualifizierung der Führungskräfte



*Unterstützungsstruktur für die Führungskräfte als Führungsbedingung:* Die Führungskräfte benötigen für eine wirksame gesundheitsorientierte Führung Unterstützung zur kompetenten Bewältigung der vielfältigen Aufgaben. Da die Führungskräfte mit ihren Kompetenzen in diesem expertendominierten Bereich schnell an ihre Grenzen geraten, benötigen sie eine institutionelle Unterstützungsstruktur, welche die im Einzelfall notwendigen Kompetenzen zur Verfügung stellt. Besteht ein solches Netzwerk von Gesundheitsexperten kann man von einem Kompetenznetzwerk sprechen. Die Ergebnisse der KUGA-Studie zeigen, dass eine gute Vernetzung der Gesundheitsexperten fehlzeitenwirksam sein kann. Eine Unterstützungsstruktur für Führungskräfte ist gegeben, wenn der Führungskraft institutionalisierte Hilfen zur Bewältigung ihrer Gesundheitsförderungsaufgabe in Form eines Kompetenznetzwerks von Gesundheitsexperten (Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft, Gesundheitscoach etc.) und einer nützlichen Instrumenten-Toolbox zur Verfügung stehen.

*Gesprächsermöglichende Kontrollspanne als Führungsbedingung:* Neben Qualifizierung und hilfreichen Instrumenten benötigen die Führungskräfte eine angemessene Kontrollspanne, damit sie während ihrer Führungsarbeit genügend Zeit für gesundheitsbezogene und allgemeine Mitarbeitergespräche haben (vgl. Tab.1). Der Trend zu den Krankenrückkehrgesprächen wurde unter anderem durch moderne Managementkonzepte, wie z.B. das der schlanken Produktion, verursacht, weil diese - zum Beispiel durch Streichung einer Meisterebene - größere Kontrollspannen für die Führungskräfte mit sich brachten. Große Kontrollspannen lassen jedoch persönliche Vier-Augen-Gespräche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeiter zu einer Rarität werden. Eine Reduktion der Kontrollspanne auf ein Maß, das persönliche Regelkommunikation ermöglicht, wäre Voraussetzung für die Ersetzung des Krankenrückkehrgesprächs durch regelmäßige Gesundheitsgespräche. Gelingt dies nicht und ist in einem Betrieb eine große Kontrollspanne gegeben, so stellt das Krankenrückkehrgespräch oft die einzige Möglichkeit dar, ein nicht-aufgabenbezogenes Vier-Augen-Gespräch zwischen Führungskraft und Mitarbeiter zu erzwingen.

*Gesundheitsgespräche als Ersatz für Krankenrückkehrgespräche:* In der qualitativen KUGA-Betriebsfallstudie konnte nachgewiesen werden, dass Krankenrückkehrgespräche neben der sozialen Kontrollfunktion im optimalen Fall noch die Funktionen Gesundheitsförderung und Menschenführung (Funktion des Kümmerns um den Mitarbeiter) abdecken. Die beiden letztgenannten Funktionen, die in der KUGA-Studie von den Betroffenen als positive Momente des Krankenrückkehrgesprächs bewertet wurden, können nach dem Prinzip der funktionalen Äquivalenz auch in einem Spezialgespräch erfüllt werden, das wir als Gesundheitsgespräch bezeichnen wollen. Unter einem Gesundheitsgespräch verstehen wir ein regelmäßig stattfindendes, themenzentriertes Spezialgespräch zwischen dem Vorgesetzten und dem Mitarbeiter, das den Erhalt, die Wiederherstellung und/oder die Förderung der Gesundheit zum Ziel hat. Gesundheitsgespräche sind Funktionsgespräche, die sowohl der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation als auch dem Arbeits- und Gesundheitsschutz dienen können. Gesundheitsgespräche können grob in Präventionsgespräche und Rehabilitationsgespräche unterteilt werden. In Präventionsgesprächen werden die betrieblichen Ursachen oder die betrieblich relevanten Gesundheitsverhaltensweisen vorhandener Gesundheitsprobleme analysiert und entsprechende ursachenbeseitigende oder folgenreduzierende Maßnahmen beschlossen. Gegenstand von Rehabilitationsgesprächen sind Fragen der Wiedereingliederung und der dauerhaften Reintegration in das Arbeitsleben.

In Gesundheitsgesprächen wird insgesamt abgeklärt, was im Arbeits- und Organisationsbereich getan werden kann, um die Gesundheit wiederherzustellen, zu erhalten oder zu fördern. Weitere wichtige Funktionen des Gesundheitsgesprächs bestehen darin, das Gesundheitsthema „im Kopf des Vorgesetzten zu verankern“, es zu einem wichtigen Punkt

der Führungsarbeit zu machen und den Mitarbeiter in die Gesundheitsverantwortung zu nehmen. Gesundheitsgespräche können als Vier-Augen-Gespräche oder im Rahmen von Gruppensitzungen stattfinden.

Neben den Gesundheitsgesprächen und den Kümern-Gesprächen unterscheiden wir vier Grundtypen von Rückkehrgesprächen: gestufte Krankenrückkehrgespräche, flexibel gestufte Krankenrückkehrgespräche, Krankenrückkehrgespräche ohne Stufung und Reintegrationsgespräche. Alle Krankenrückkehrgespräche stellen Anlassgespräche dar, da sie nur geführt werden, wenn ein Anlass im Sinne einer krankheitsbedingten Abwesenheit (Typ 1 bis 3) oder einer allgemeinen Abwesenheit (Typ 4) vorliegt. Unter einem Kümern-Gespräch (Fürsorgegespräch) wird hier ein Gespräch verstanden, in dem sich der Vorgesetzte – aus einem konkreten Anlass heraus – um die Gesundheit, das Befinden oder die Zufriedenheit des Mitarbeiters kümmert und gegebenenfalls emotionale und/oder konkrete Unterstützung anbietet und leistet (Typ 5). Diese verschiedenen Gesprächstypen ergeben eine Palette von gesundheitsbezogenen Mitarbeitergesprächen.

Gesundheitsgespräche des Vorgesetzten mit dem Mitarbeiter machen – wie ausgeführt - Krankenrückkehrgespräche des Typs 1 bis 4 überflüssig, weil sie die Funktionen Gesundheitsförderlichkeit und Menschenführung in weit höherem Maße abdecken. Würden in Betrieben, die Gesundheitsgespräche eingeführt haben, parallel Krankenrückkehrgespräche durchgeführt, so hätten diese ausschließlich die Funktion der sozialen Kontrolle.

**Tabelle 1: Typen von gesundheitsbezogenen Mitarbeitergesprächen**

	<b>Gesprächstyp</b>	<b>Gesprächsart</b>	<b>Rückkehr- gespräch?</b>
Typ 6	Gesundheitsgespräch (Präventionsgespräch und Rehabili- tationsgespräch)	Regelgespräch	Nein
Typ 5	Kümern-Gespräch (Fürsorgegespräch)	Anlassgespräch	Nein
Typ 4	Reintegrationsgespräche	Anlassgespräch	Ja
Typ 3	Krankenrückkehrgespräche ohne Stufung	Anlassgespräch	Ja
Typ 2	Flexibel gestufte Krankenrückkehrgespräche	Anlassgespräch	Ja
Typ 1	Gestufte Krankenrückkehrgespräche	Anlassgespräch	Ja

Krankenrückkehrgespräche machen in einem Betrieb nur dann Sinn, wenn es keine Gesundheitsgespräche gibt und die Krankenrückkehrgespräche somit die einzige Form der gesundheitsorientierten Führung im Unternehmen darstellen. In diesem suboptimalen Fall kann nur über die Rückkehrgespräche Gesundheit zum Thema der Führungskraft gemacht werden. Gesundheit zum Thema der Unternehmenspolitik und der Führungskraft zu machen, ist jedoch aus unserer Sicht der wichtigste Faktor für eine erfolgreiche Gesundheitspolitik. Das Motto „Gesundheit ist ein Führungsthema“ kann man zwar auch im Rahmen des Konzepts der Krankenrückkehrgespräche erfüllen, doch gesundheitsbezogene Spezialgespräche wie das Gesundheitsgespräch werden diesem Motto besser gerecht, weil sie

wichtige Nebenfunktionen des Krankenrückkehrgesprächs (latente Funktionen) nicht nur gleichwertig abdecken, sondern diese zur Hauptfunktion (manifeste Funktion) machen.

**Fazit III: Wenn Krankenrückkehrgespräche, dann gesundheitsförderlich und human**

*Bedingung Gesundheitsförderlichkeit:* Wenn Krankenrückkehrgespräche – trotz vorhandener Alternativen (z.B. Gesundheitsgespräche) – vom Betrieb als notwendig erachtet werden, dann sollten sie in erster Linie gesundheitsförderlich ausgerichtet sein. In einem Krankenrückkehrgespräch dreht sich das Thema zwar um die Krankheit, dies bedeutet aber – wie die Ergebnisse der Kölner Rückkehrgesprächsstudie (KUGA-Studie) ebenfalls zeigen – noch nicht, dass dieses Gespräch automatisch auch der Gesundheitsförderung dient. Krankenrückkehrgespräche können demnach ein hohes oder ein geringes Maß an Gesundheitsförderlichkeit besitzen. Die KUGA-Unternehmensstudie hat gezeigt, dass zwar die Betriebe die Gesundheitsförderungsfunktion der Krankenrückkehrgespräche hoch einstufen. Die konkrete Untersuchung der Gesundheitsförderlichkeit, die im Rahmen der KUGA-Betriebsfallstudie in einem Herstellerwerk erfolgte, ergab jedoch, dass der Aspekt der Gesundheitsförderlichkeit in solchen Rückkehrgesprächen de facto geringer ist als dies nach dem Konzept vorgesehen ist. In diesen Gesprächen wird zwar in der Hälfte der Fälle eine Gesundheitsförderungsmaßnahme vereinbart. Die vereinbarten Maßnahmen werden allerdings nur in der Minderzahl vollständig umgesetzt. Ausgehend von diesen Daten muss überlegt werden, ob es nicht angebracht ist, die Präventionsfunktion von den Krankenrückkehrgesprächen zu entkoppeln und spezialisierte Gespräche, wie z.B. das Gesundheitsgespräch, einzuführen. Gelingt dies nicht, so muss die Gesundheitsförderungsfunktion Bestandteil der Krankenrückkehrgespräche bleiben und wesentlich gestärkt werden. Die Stärkung der Gesundheitsförderungsfunktion kann zum Beispiel darüber erreicht werden, dass zwingend vorgeschrieben wird, mit jedem Rückkehrer ein Gespräch über die arbeitsbedingten Möglichkeiten zur Verbesserung seiner Gesundheit zu führen und das Ergebnis in kontrollierbarer Form zu dokumentieren. Auch eine klare Regelung, ab wann die Führungskraft einen Arbeitsmediziner oder andere Gesundheitsexperten heranziehen muss, kann zur Stärkung der Funktion der Gesundheitsförderung beitragen.

*Bedingung Humanität:* Wenn Krankenrückkehrgespräche vom Betrieb als notwendig erachtet werden, dann sollten sie nicht nur gesundheitsförderlich ausgerichtet sein, sondern auch human geführt werden. Krankenrückkehrgespräche können – wie die Ergebnisse der KUGA-Studie zeigen – ein hohes oder geringes Maß an Belastungspotenzial besitzen und damit unterschiedlich human sein. Die qualitativen und quantitativen Ergebnisse der KUGA-Betriebsfallstudie machen zudem darauf aufmerksam, dass es hinsichtlich des Belastungscharakters bei den Krankenrückkehrgesprächen wesentlich darauf ankommt, wie die Gespräche vom Vorgesetzten geführt werden. Aus den Ergebnissen können folgende Schlussfolgerungen gezogen werden:

- Gesprächsanlass, Gesprächsform und Gesprächsinhalt müssen der Situation des Mitarbeiters gerecht werden und seinen Vorstellungen entsprechen.
- Das Hauptziel des Gesprächs sollte sein, sich um die Belange des Mitarbeiters zu kümmern (Kümmern-Funktion).
- Der Vorgesetzte sollte ein ernsthaftes, „echtes“ Interesse am Thema Gesundheit des Mitarbeiters haben und dies zeigen.
- Der Vorgesetzte muss sich über die Grenzen seiner Hilfemöglichkeiten bewusst sein.

- Der Vorgesetzte sollte die Privatsphäre des Mitarbeiters respektieren.
- Krankenrückkehrgespräche sollten nicht durchgeführt werden, wenn zwischen dem Vorgesetzten und dem Mitarbeiter ein Misstrauensklima herrscht und es an einer Vertrauensbeziehung mangelt.

Können diese Humanitätskriterien nicht vollständig eingehalten werden, so ist daran zu denken, keine Rückkehrgespräche mehr durchzuführen oder die Funktion des Kümmerns über andere Gesprächstypen, wie z.B. das allgemeine Mitarbeitergespräch oder das Kümmern-Gespräch, abzudecken.

#### **Fazit IV: Wenn gestufte Krankenrückkehrgespräche, dann flexibel gestuft**

Das Bedrohungspotenzial, das in den Eskalationsstufen des Instrumentes des „gestuften“ Krankenrückkehrgesprächs implizit vorhanden ist, kann auch durch die Mindeststandards, die im Folgenden im Detail zu besprechen sind (Fazit V, Punkt b), nicht wesentlich verringert werden. Daher müssen die Betriebe überlegen, ob sie nicht auf eine Abstufung der Gespräche verzichten können. Kommt man in den Betrieben dennoch zum Schluss, dass man aus den verschiedensten Gründen (z.B. Schutz der Mitarbeiter vor Vorgesetztenwillkür) nicht auf eine Stufung der Gespräche verzichten will, so ist es aus unserer Sicht nötig, die Stufung flexibel vom Vorgesetzten gestalten zu lassen. Es muss für den Vorgesetzten möglich sein, die Gesprächsstufen an den Einzelfall anzupassen. Die Ergebnisse der KUGA-Betriebsfallstudie zeigen, dass im Falle einer flexiblen, am Mitarbeiter und an den betrieblichen Notwendigkeiten orientierten Strategie des Führens von Rückkehrgesprächen, wie es in dem untersuchten Betrieb weitgehend der Fall war, die Bewertung des Instrumentes des Krankenrückkehrgesprächs aus der Sicht der Betroffenen relativ positiv ausfiel. So war im untersuchten Betrieb die Kritik am Instrument moderat und der Anteil derer, die sich durch das Gespräch belastet fühlten, fiel geringer aus als der Anteil jener, die es als Hilfe empfanden. Der Typ des flexibel gestuften Krankenrückkehrgesprächs wurde in der Betriebsfallstudie entdeckt und ist dem Typ 1 (vgl. Tab. 1) vorzuziehen, weil er sich durch eine einzelfallangepasste Gestaltung der Gesprächsanlässe und der Gesprächsinhalte auszeichnet. Damit wird es möglich, einen „individuellen Fit“ zwischen der Person (Mitarbeiter) und seiner Umwelt (z.B. Vorgesetzter, Gesprächssituation) herzustellen, der psychische Stressreaktionen unwahrscheinlicher macht. Zusammenfassend gesehen sollten gestufte Krankenrückkehrgespräche auf jeden Fall Handlungsspielraum für den Vorgesetzten hinsichtlich Gesprächsanlass, Gesprächsinhalte und/oder Gesprächsform bieten, den er zur Anpassung der Rückkehrgespräche an den Mitarbeiter (Einzelfallanpassung) nutzen sollte.

#### **Fazit V: Mindeststandards für die Krankenrückkehrgespräche**

Damit die Krankenrückkehrgespräche über diese Punkte der humanen Gesprächsführung hinaus ein Höchstmaß an Humanität aufweisen, müssen sie bestimmte Mindeststandards erfüllen. Man sollte zwischen generellen und gesprächstypspezifischen Mindeststandards unterscheiden. Die generellen Standards gelten für alle Krankenrückkehrgespräche. Die spezifischen Mindeststandards gelten dagegen nur für den jeweiligen Gesprächstyp. Die typspezifischen Standards sollen sicherstellen, dass im Rahmen eines jeden Gesprächstyps ein Mindestmaß an Humanität realisiert werden kann, und zwar unabhängig davon, ob das Humanitätspotenzial des jeweiligen Gesprächstyps groß oder klein ist.

### a) **Generelle Mindeststandards für Krankrückkehrgespräche und Gesundheitsgespräche**

Die generellen Mindeststandards sind Standards, die unabhängig vom Typ des gesundheitsbezogenen Mitarbeitergesprächs gelten. Es handelt sich somit um Bedingungen, die bei jedem Rückkehrgesprächstyp gegeben sein müssen, damit ein Mindestmaß an Humanität und Gesundheitsförderlichkeit gewährleistet werden kann. Die Mindestbedingungen, die bei Krankrückkehrgesprächen, Kümmern-Gesprächen (Fürsorgegesprächen) und Gesundheitsgesprächen (vgl. Tabelle 1) gegeben sein müssen, sind neben den Bedingungen „Gesundheitsförderlichkeit“ und „Humanität“, dass

- sie von Führungskräften durchgeführt werden, die in der allgemeinen Gesprächsführung geschult sind (Bedingung der Gesprächsqualifikation),
- die Führungskräfte eine gesundheitswissenschaftliche Basisqualifikation besitzen (Bedingung der Gesundheitsqualifikation),
- den Führungskräften eine Unterstützungsstruktur in Form eines Expertennetzwerks und einer Instrumenten-Toolbox zur Aufgabenbewältigung zur Verfügung steht (Bedingung der Führungsunterstützung),
- sie auf der Basis eines schriftlichen Konzepts (Leitfaden) durchgeführt werden, welches die Leitidee enthält und das standardisierte Vorgehen anhand von Fallbeispielen konkretisiert (Leitfadenbedingung),
- die Vorgehensweise (Anlass, Form und Inhalt des Gesprächs) standardisiert und wie eine (soziale) Technologie gehandhabt wird (Bedingung der Standardisierung),
- die Art und Weise, wie das Gesprächskonzept vom Vorgesetzten umgesetzt wird, für alle Betroffenen transparent ist (Transparenz-Bedingung) und
- der Vorgesetzte ein eigenes Gesundheitsbudget besitzt (Gesundheitsbudget-Bedingung).

Die vorgenannten Bedingungen für humane Rückkehrgespräche ergeben sich nicht nur wie beim Punkt Gesundheitsförderung aus normativen Überlegungen heraus, sondern sind auch empirisch begründet. So weisen die qualitativen Ergebnisse der KUGA-Betriebsfallstudie darauf hin, dass die Führungskräfte die Aufgabe, gesundheitsorientierte Führung im Rahmen von Krankrückkehrgesprächen zu praktizieren, zwar als ihre Führungsaufgabe ansehen, sie sich aber im konkreten Fall überfordert fühlen können. Sie benötigen zur Bewältigung ihrer Aufgabe spezielle Schulungen, die ihnen die notwendigen Gesprächsqualifikationen und das nötige Gesundheitswissen vermitteln (Bedingung der Gesprächs- und Gesundheitsqualifikation). Zudem brauchen sie eine systematische Unterstützung durch die Gesundheitsexperten innerhalb oder außerhalb des Betriebes (Bedingung der Unterstützungsstruktur). Die Forderung, in jedem Fall – unabhängig vom Gesprächstyp - ein Gesprächskonzept aufzustellen, das die Leitidee und ihre regelgeleitete Umsetzung enthält, und dieses Konzept in Form eines schriftlichen Leitfadens allen zugänglich zu machen, dient unter anderem dazu, der Vorgesetztenwillkür vorzubeugen und Gleichbehandlung zu garantieren. Dahinter steht aber auch die empirische Erkenntnis, dass nach unseren qualitativen Daten Gesprächskonzepte den Vorgesetzten und Mitarbeitern Orientierungshilfe bieten können. Sie dienen zudem – falls es sich um gesundheitsbezogene Gespräche handelt – der Verankerung des Themas Gesundheit im Betrieb. Hinter der Forderung, ein formales Gesprächskonzept als Basis zu haben, steht auch die Erkenntnis aus der KUGA-Studie, dass Betriebe, die ein formales Rückkehrgesprächskonzept erstellt und in Form eines Leitfadens kommuniziert haben, höhere Fehlzeitensenkungen aufweisen als Betriebe, die dies nicht tun (Leitfadenbedingung). Die weitere Bedingung, gesundheitsbezogene Gespräche zu



standardisieren und konsequent zu handhaben, entspringt der empirischen Erkenntnis aus der KUGA-Unternehmensstudie, dass Betriebe mit konsequenter Umsetzung des Rückkehrgesprächskonzepts die bessere Fehlzeitenentwicklung vorweisen konnten (Standardisierungsbedingung). Die geforderte Transparenz über die geplante konkrete Umsetzung des Konzeptes durch den Vorgesetzten ist nötig, weil in der Betriebsfallstudie offenbar wurde, dass die Unsicherheit darüber, was in dem Gespräch geschehen wird und welche Folgen es haben kann, von den Betroffenen als belastend erfahren wird (Transparenzbedingung). Der Vorgesetzte benötigt schließlich ein angemessenes eigenes Gesundheitsbudget, das es ihm ermöglicht, in den gesundheitsbezogenen Gesprächen Vereinbarungen bezüglich gesundheitsförderlicher Maßnahmen zu treffen und diese auch im Falle kostspieliger Investitionen einzuhalten (Gesundheitsbudget-Bedingung).

### **b) Mindeststandards im Falle „gestufter Krankenrückkehrgespräche“**

Der Typ der gestuften Rückkehrgespräche ist nach unserer KUGA-Unternehmensstudie die am häufigsten verbreitete Form der Rückkehrgespräche. Gestufte Rückkehrgespräche können – führt man sie konsequent durch – ein hohes Belastungspotenzial haben, da die Eskalationsstufen – wie der qualitative Teil der Betriebsfallstudie zeigte – von einem Teil der Mitarbeiter als Bedrohung und Belastung wahrgenommen werden. Unsere Analysen zeigten, dass das Belastungspotenzial dieser Gespräche davon bestimmt wird, in welcher Art und Weise und in welchem Geiste (sozialer Druck vs. Gesundheitsförderung) diese Gespräche geführt werden. Diese Erkenntnis muss Konsequenzen haben für die Schulung der Vorgesetzten, und zwar hinsichtlich der Führung von Rückkehrgesprächen, des Gebrauchs des Prinzips der Gesprächsstufung und der Anwendung von Gesundheitswissen. Die Ergebnisse der KUGA-Studie zeigten weiter, dass – sowohl konzeptionell als auch faktisch gesehen – nicht alle gestuften Krankenrückkehrgespräche der Gesundheitsförderung dienen. Weiter zeigte sich in der Studie, dass die Vorgesetzten zur Abfederung des Bedrohungscharakters der Stufen informelle Vorstufen eingeführt haben, um im Vorfeld flexibler reagieren zu können als es das vorhandene Krankenrückkehrgesprächskonzept vorsah.

Neben den generellen Mindeststandards und den Kriterien Gesundheitsförderlichkeit und Humanität zählen folgende Bedingungen zu den spezifischen Mindeststandards beim Typ des gestuften Rückkehrgesprächs:

- Um die Mitarbeiter vor willkürlich agierende Vorgesetzten zu schützen, sollten vor den konsequenzträchtigen Stufen zusätzliche „weiche“ Vorstufen eingeführt werden (Bedingung der Einführung von Vorstufen).
- Die gestuften Rückkehrgespräche sollten nur von Führungskräften durchgeführt werden, die in der Führung von Rückkehrgesprächen und in der Anwendung des Stufenkonzepts geschult wurden (Bedingung der Qualifizierung für die Rückkehrgespräche).
- Der Einsatz der Gesundheitsexperten sollte für jede Gesprächsstufe geregelt werden, und es sollte genau festgelegt werden, wann der Verantwortungsbereich des Vorgesetzten endet und wo der des Gesundheitsexperten anfängt (Bedingung der Schnittstellendefinition).
- Der Zeitraum-Automatismus der Höherstufung, der Bestandteil der Eskalationsstufen ist, ist aufzuheben oder der Zeitraum, in dem ein erneutes Auftreten einer Fehlzeit automatisch zu einer Höherstufung auf der Gesprächsstufenleiter führt, muss auf ein akzeptables Maß verkürzt werden, wie z.B. von sechs auf zwei bis drei Monate (Bedingung der humanen Gestaltung des Zeitraum-Automatismus).

Werden die angeführten Bedingungen berücksichtigt, so dürfte der Belastungscharakter der gestuften Krankenrückkehrgespräche geringer ausfallen. Die Notwendigkeit der erstgenannten Bedingung ergibt sich aus den Ergebnissen der qualitativen KUGA-Betriebsfallstudie. In dieser Studie wurde festgestellt, dass die Vorgesetzten zur Abfederung des Bedrohungscharakters der Stufen teilweise zusätzliche Vorstufen oder Zwischenstufen eingeführt haben und dadurch die Erreichung der Endstufe unwahrscheinlicher machten. Dies geschah in den Fällen, in welchen der Vorgesetzte nicht von einer motivationsbedingten Fehlzeit, sondern von einer "echten" Erkrankung ausging. Die qualitativen Daten machen deutlich, dass die im Modellbetrieb durchgeführten Schulungen zum großen Teil auf positive Resonanz bei den Führungskräften gestoßen sind. Besonders Rollenspiele zur Gesprächsführung und der Erfahrungsaustausch über den Umgang mit den Gesprächen wurde von vielen Vorgesetzten als hilfreich für die eigenen Praxis erlebt. Die Forderung, die Schnittstelle zwischen Führungskraft und Gesundheitsexperten genau zu beschreiben und zu klären, wer welche Aufgabe hat, ergibt sich unter anderem aus den Ergebnissen der qualitativen KUGA-Betriebsfallstudie. Es wurde dort gefunden, dass sich die Vorgesetzten häufig hinsichtlich ihrer Gesundheitskompetenz überschätzen, in komplizierten Fällen oft überfordert sind und diese Fälle zu spät oder gar nicht an die Gesundheitsexperten weitergeben. Ebenfalls ein Ergebnis dieser Betriebsfallstudie ist, dass die Vorgesetzten zur Humanisierung der Krankenrückkehrgespräche im Einzelfall den Zeitraum-Automatismus außer Kraft setzen oder die Zeiträume je nach Einzelfall selbst definieren. Dies deutet darauf hin, dass der im untersuchten Betrieb vorgegebene 6-Monats-Zeitraum ein zu langer Zeitraum ist. Ein ernsthaft erkrankter Mitarbeiter muss bei diesem 6-Monats-Zeitraum, will er nicht in die nächst höhere Gesprächsstufe kommen, zu lange warten, bis er wieder ohne Konsequenzen krankgeschrieben werden kann. Durch eine deutliche Verkürzung des Zeitraums, kann – bildlich gesprochen - der „Gesprächsstufenzähler“ schneller wieder auf „Null“ gestellt werden.

### **c) Mindeststandards bei Krankenrückkehrgesprächen mit flexibler Stufung**

Damit eine konsequente Umsetzung des gestuften Rückkehrgesprächskonzepts nicht zu Ungerechtigkeiten im Einzelfall führt, sollte der Einzelfall bei der Durchführung der Gespräche berücksichtigt werden. Die Stufen müssen daher von dem Vorgesetzten flexibel an den konkreten Einzelfall angepasst werden können. Die eskalationsartige Stufung ist aus Sicht der Mitarbeiter – wie die KUGA-Ergebnisse zeigen - bei kleineren Krankheiten (normaler Krankheitsfall) eine zu harte Maßnahme und im Falle chronisch Kranker ebenfalls unangebracht. Die Mitarbeiter wünschen sich daher eine größere Differenzierung nach der konkreten Situation, in der sie sich befinden. Diese Form der Einzelfall-Flexibilität bietet der Typ des Krankenrückkehrgesprächs mit flexibler Stufung.

Krankenrückkehrgespräche mit flexibler Stufung zeichnen sich dadurch aus, dass die Handhabung der Stufung in das Ermessen des Vorgesetzten gelegt wird. Dieser Spielraum kann Vor- und Nachteile haben. Der Vorteil des Ermessensspielraums ist, dass er es dem Vorgesetzten erlaubt, von dem Leitfaden zugunsten des Mitarbeiters abzuweichen. Dies ist dann der Fall, wenn der Eskalationsmechanismus vom Vorgesetzten außer Kraft gesetzt wird und zum Beispiel der Mitarbeiter in der Gesprächsstufe 1 bleibt, obwohl nach Leitfaden Gesprächsstufe 2 hätte eingeleitet werden müssen. Von Nachteil kann der Freiraum des Vorgesetzten für den Mitarbeiter dann sein, wenn das Abweichen vom Leitfaden zu seinem Ungunsten erfolgt. In diesem Punkt wird deutlich, dass die Stufung nicht nur eine Bedrohung, sondern auch einen Schutz für den Mitarbeiter darstellen kann, und zwar vor Führungskräften, die allzu forsch mit den fehlzeitenauffälligen Mitarbeitern umgehen und sich nicht an ein abgestuftes Vorgehen halten wollen.

Die qualitative Analyse ergab, dass die Stufung der Gespräche manifeste und latente Funktionen erfüllt. Zu den manifesten Funktionen zählt die Funktion des Schutzes des Unternehmens vor zu hohen Fehlzeiten (Fehlzeitenreduktion) und die Funktion der Erzeugung einer Verhaltensänderung bei den Mitarbeitern. Zu den latenten Funktionen zählt zum einen die verhaltensökonomische Funktion. Der Vorgesetzte muss erst dann ein persönliches Gespräch mit dem Mitarbeiter führen, wenn dieser krank war. Vorher kann er es bei unpersönlichen Arbeitsgesprächen belassen. Zum anderen zählt zu den latenten Funktionen die Funktion der Vorgesetzten-Disziplinierung. Dies bedeutet, dass nicht nur der Mitarbeiter, sondern auch der Vorgesetzte Ziel des Krankenrückkehrgesprächskonzepts ist. Durch die Standardisierung der Anlässe, der Inhalte und der Stufung der Gespräche soll sein Verhalten diszipliniert werden. Er soll daran gehindert werden, eigenmächtig zugunsten oder zuungunsten der Mitarbeiter zu handeln.

Auf der Basis dieser und anderer Überlegungen gelten folgende Mindeststandards für Krankenrückkehrgespräche vom Typ der flexiblen Stufung:

- *Regelgeleitete Einzelfall-Flexibilität (Flexible Standardisierung)*: Statt einer flexiblen Stufung, die im völlig freien Ermessen der Führungskraft bleibt, sollte eine flexibel standardisierte Stufung angestrebt werden. Bei dieser „standardisierten Flexibilität“ wird im Voraus festgelegt, in welcher Form der Vorgesetzte hinsichtlich Gesprächsanlass und Gesprächsinhalte flexibel sein darf und welche Spielräume er hat. Man benötigt diese regelgeleitete Flexibilität, um die Entscheidungen des Vorgesetzten nachvollziehbar machen zu können. Durch das regelgeleitete Vorgehen kann nicht nur das Einzelfallprinzip, sondern auch das Gleichheitsprinzip berücksichtigt werden. Es wird sowohl eine situations- und personenbezogene Einzelfall-Flexibilität ermöglicht als auch eine regelgeleitete Bearbeitung der Fälle („Anti-Nasenprinzip“). Gleichzeitig bleibt die Entscheidung nachvollziehbar (Bedingung der regelgeleiteten Einzelfall-Flexibilität). Eine flexible Einzelfallregelung, die nicht auf der Basis von expliziten Regeln erfolgt, kann dazu führen, dass das „Nasenprinzip“ sich durchsetzt und der Vorgesetzte die Gespräche nur bei denen durchführt, die er auf seiner „Liste“ hat.
- *Einbahnstraßen-Flexibilität bzw. Pro-Mitarbeiter-Flexibilität*: Eine flexible Handhabung der Stufen sollte nur zugunsten des Mitarbeiters möglich sein, nicht aber zu seinem Ungunsten. Die Stufung soll dem Schutz des Mitarbeiters vor der Willkür des Vorgesetzten dienen und daher inflexibel sein, wenn der Vorgesetzte oder die Personalabteilung gegen den Mitarbeiter arbeitsrechtlich vorgehen will.
- *Ausschlusskriterium „autoritäre Führung“*: Krankenrückkehrgespräche mit freier, flexibler Stufung können nicht in einem Betrieb praktiziert werden, in denen die Führungskräfte autoritär führen, tendenziell willkürlich handeln, den Gesprächsanlass nach dem „Nasenprinzip“ regeln und die Gesprächsinhalte auf das Prinzip „soziale Kontrolle“ reduzieren.
- *Schulung des Konzepts der flexiblen Stufung*: Das Konzept der flexiblen Stufung der Gespräche setzt aus Gründen der gerechten Handhabung im Gesamtbetrieb und der korrekten Durchführung im Einzelfall eine genaue Schulung aller Führungskräfte in der korrekten Handhabung der Flexibilität voraus, damit das Konzept der regelgeleiteten Einzelfall-Flexibilität von allen Führungskräften einheitlich interpretiert und ausgeführt wird.
- *Handlungsspielraum des Vorgesetzten*: Die qualitative KUGA-Betriebsfallstudie hat gezeigt, dass eine belastungsminimierende flexible Handhabung der Krankenrückkehrgespräche voraussetzt, dass die Führungskraft Spielraum bei der

Gestaltung der Gespräche hat und hinsichtlich der Handhabung weder von der Personalabteilung noch vom übergeordneten Vorgesetzten stringent kontrolliert wird.

Können diese Bedingungen nicht erfüllt werden, sollte man auf eine flexible Stufung der Krankenrückkehrgespräche verzichten und entweder eine starre Stufung einführen oder das Konzept der Rückkehrgespräche gänzlich aufgeben. In einem Misstrauensklima mit willkürlich handelnden Vorgesetzten zum Beispiel kann die Flexibilität zuungunsten der Mitarbeiter genutzt werden. Vorgesetzte können dann mit Hilfe der Flexibilität unkontrolliert, willkürlich und ungerecht auf Rückkehrer reagieren.

#### **d) Mindeststandards für Krankenrückkehrgespräche ohne Gesprächsstufen**

Krankenrückkehrgespräche ohne (Eskalations-)Stufen stellen den Typ 3 der gesundheitsbezogenen Gespräche dar. Auf das Element der Stufung zu verzichten, ist zwar aus der Perspektive der Gesundheitsförderung anzustreben, unter dem Aspekt des Schutzes vor der Willkür des Vorgesetzten jedoch in Frage zu stellen. Die qualitativen Ergebnisse der Kölner Rückkehrgesprächsstudie zeigen nämlich, dass das Element der Stufung als belastend erlebt wird und daher von den Vorgesetzten möglichst nicht kommuniziert wird. Da sich viele Mitarbeiter wünschen, dass sich der Vorgesetzte nach einer mittleren oder schweren Erkrankung nach ihrem Befinden erkundigt, können einfache Krankenrückkehrgespräche ohne Gesprächsstufen eine humane Form der Rückkehrgespräche darstellen. Das Problem ist allerdings, dass solche unstrukturierten Gespräche keinen Schutz vor der möglichen Willkür des Vorgesetzten bieten. Dieser Schutz wäre erst dann gegeben, wenn den Vorgesetzten verboten würde, aus dem Rückkehrgespräch arbeitsrechtliche Konsequenzen zu ziehen. Problematisch an einfachen Krankenrückkehrgesprächen ist auch, dass sie keine Möglichkeit bieten, die Gesprächsinhalte und –konsequenzen zu differenzieren. Werden die Gesprächsinhalte und –konsequenzen dennoch differenziert, so rückt das einfache Krankenrückkehrgespräch bereits wieder in die Nähe des Typs der flexibel gestuften Rückkehrgespräche.

Die wichtigste Bedingung für die Einführung von Krankenrückkehrgesprächen ohne Gesprächsstufen ist daher neben der Erfüllung der generellen Mindeststandards

- eine Führungskultur, die willkürliches, ungerechtes, unter Druck setzendes und spontanes Führen vermeidet.

Ist dagegen eine autoritäre und willkürliche Führung im Betrieb die Regel, könnte die Einführung von Gesprächsstufen als Schutz vor der möglichen Willkür des Vorgesetzten Sinn machen. Je mehr Gesprächsstufen der Vorgesetzte einhalten muss, desto mehr Schutzwälle werden um den Mitarbeiter aufgebaut. Stresstheoretisch gesehen stellt das Nicht-Überschreiten eines Schutzwalls ein Sicherheitssignal für den Mitarbeiter dar. Der Verbleib in der bisherigen Gesprächsstufe signalisiert dem Mitarbeiter, dass er in Sicherheit ist und keine Angst zu haben braucht. Die Entscheidung für oder gegen eine Stufung der Rückkehrgespräche muss daher auch von der Qualität der Führungskultur und des Führungskräftepotenzials im Betrieb abhängig gemacht werden.

### e) **Mindeststandards für Reintegrationsgespräche**

Die qualitative KUGA-Betriebsfallstudie erbrachte die Erkenntnis, dass viele Mitarbeiter gegen ein „Willkommens-Gespräch“ nach einer Krankheit nichts einzuwenden haben und viele dies sogar ausdrücklich begrüßen. Dies lenkt den Blick auf das allgemeine Problem der Begrüßung und Einweisung von Personen, die längere Zeit von der Arbeit entfernt waren. Hier könnte das Instrument des Reintegrationsgesprächs weiter helfen. Unter einem Reintegrationsgespräch verstehen wir ein Gespräch, das den Zweck hat, kurz-, mittel- und langfristig Abwesende zu begrüßen, auf den neuesten Stand der Dinge zu bringen und alles Notwendige für die menschliche und arbeitstechnische Wiedereingliederung zu tun. Das Reintegrationsgespräch unterscheidet sich von dem *Krankenrückkehrgespräch* dadurch, dass es mit jedem Mitarbeiter geführt wird, der aus einer Abwesenheit – gleich welcher Art (Urlaub, Krankheit, Fortbildung) – zurückkehrt. Es handelt sich gewissermaßen um ein allgemeines Rückkehrgespräch. Piorr/Taubert (2000) verwenden hierfür den Begriff des integrativen Gesprächs. Wir bevorzugen den Begriff des Reintegrationsgesprächs, um den Aspekt der Wiedereingliederung zu betonen. Reintegrationsgespräche können entweder unabhängig von der Dauer der Abwesenheit geführt werden oder in Abhängigkeit von der Dauer. Um den Wiedereingliederungscharakter zu betonen, kann z.B. festgelegt werden, dass diese Gespräche erst ab einer Abwesenheit von zwei, drei oder vier Wochen geführt werden.

Zentrale Bedingungen für die Durchführung dieser Gespräche sind

- eine geringe Kontrollspanne der Führungskraft und
- Regeln zu den Gesprächsinhalten im Falle krankheitsbedingter Abwesenheit.

Eine geringe Kontrollspanne ist nötig, da die Anlässe für Reintegrationsgespräche vielfältig sind und dadurch pro Mitarbeiter viele Gespräche anfallen. Regeln zu den Gesprächsinhalten bei krankheitsbedingter Abwesenheit sind nötig, um dem Problem der potentiellen Vorgesetztenwillkür vorbeugen zu können.

## 9. **Zusammenfassung**

Die Studie zum Thema „**Krankenrückkehrgespräche und Gesundheitspolitik in der deutschen Automobilindustrie**“ (KUGA-Studie), die an der Universität zu Köln in der Abteilung für Medizinische Soziologie durchgeführt und von der Hans-Böckler-Stiftung finanziert wurde, erbrachte eine Vielzahl von empirischen Erkenntnissen über den Stand der Handhabung des Instrumentes der Krankenrückkehrgespräche in der Automobilindustrie. Der Fokus der Betrachtung reichte von der Makroebene (repräsentative Unternehmensbefragung) über die Mesoebene (quantitative Betriebsfallstudie) bis hin zur Mikroebene (qualitative Betriebsfallstudie). Diesem Methoden-Mix ist es zu verdanken, dass neben harten Fakten auch „weiche“ Daten vorhanden sind. Es konnte gezeigt werden, welche konkreten Probleme mit den Krankenrückkehrgesprächen verbunden sind und welche konkreten Lösungen die Führungskräfte in der betrieblichen Praxis gefunden haben, um diese Probleme bewältigen zu können.

Die Unternehmensbefragung innerhalb der KUGA-Studie ergab, dass das Instrument des Krankenrückkehrgesprächs in der Automobilindustrie in der Zwischenzeit stark verbreitet ist. Es muss daher als durchsetzungsstarke soziale Innovation bezeichnet werden. Die Ergebnisse zeigten aber auch, dass es sich hier um eine soziale Technologie handelt, die einen ambivalenten Charakter hat. Die Ambivalenz wurde sowohl auf der Ebene der Bewertung des Instrumentes durch Unternehmen und Mitarbeiter als auch auf der Ebene der Zusammenhangsanalysen deutlich. Ein zentrales Ergebnis der Studie war, dass es hinsichtlich der Wirkung von Krankenrückkehrgesprächen nicht so sehr darauf ankommt, ob

Rückkehrgespräche durchgeführt werden, sondern darauf, wie sie durchgeführt und von den Betroffenen bewertet werden.

Diese empirischen Erkenntnisse führten zu der Schlussfolgerung, dass das Krankenrückkehrgespräch keine generelle Patentlösung für das Fehlzeitenproblem darstellt und im Idealfall durch eine systemische Gesundheitspolitik mit gesundheitsorientierter Führung und praktikablen Führungsbedingungen ersetzt werden sollte. Der Leitsatz könnte lauten: „Betriebliche Gesundheitspolitik statt Krankenrückkehrgespräche“.

Kommen die Betriebe trotz dieser Alternative zu dem Schluss, dass Krankenrückkehrgespräche in ihrem Falle notwendig sind, so sollten die Betriebe aus unserer Sicht zumindest einige zentrale Mindeststandards einhalten. Die Mindeststandards sollen die Wahrscheinlichkeit einer inhumanen Handhabung der Krankenrückkehrgespräche und eines - gesundheitsförderlich gesehen - nutzlosen Gesprächs senken. Die zwei wichtigsten Mindeststandards waren a) Sicherstellung einer humanen Handhabung der Rückkehrgespräche hinsichtlich Anlass, Inhalt und Form der Gespräche (Humanitätskriterium) und b) Sicherstellung einer gesundheitsförderlichen Handhabung der Rückkehrgespräche (Gesundheitsförderungskriterium). Neben weiteren generellen Mindeststandards, die für alle Typen von Krankenrückkehrgesprächen formuliert wurden, konnten für jeden Rückkehrgesprächstyp spezifische Mindeststandards aufgestellt werden. Diese dürfen jedoch nicht so verstanden werden, dass der jeweilige Gesprächstyp aus unserer Sicht als erstrebenswert gilt und lediglich noch einiger „kosmetischer“ Korrekturen bedarf. Vielmehr ist die Auflistung der gesprächstypischen Mindeststandards als ein pragmatischer Versuch zu verstehen, den Betrieben, die diese Gesprächstypen bereits eingerichtet haben, zu helfen, mit dem zunächst Gegebenen besser und humaner umgehen zu können. Dies muss immer im Bewusstsein geschehen, dass es neben der von ihnen praktizierten Lösung andere Lösungen gibt, die ein höheres Maß an Humanität und Gesundheitsförderung mit sich bringen können. Aus diesem Grunde handelt es sich bei den Schlussfolgerungen um Vorschläge zur Sicherstellung von Mindeststandards für – gesundheitswissenschaftlich gesehen - suboptimale Lösungen des Fehlzeitenproblems.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der KUGA-Studie, dass es noch ein weiter Weg ist bis zur Verwirklichung des Leitbildes „gesundes Unternehmen“. Auf dieser Strecke müssen noch mehrere Hindernisse aus dem Weg geräumt werden. Zu den wichtigsten allgemeinen Hindernissen zählen die mangelnde Gesundheitsqualifizierung der Akteure und die mangelnde Unterstützung der Führungskräfte bei der Bewältigung ihrer Gesundheitsförderungsaufgabe. Sind diese Hindernisse beseitigt, ist der Weg frei für eine Gesundheitspolitik, die langfristig ohne Krankenrückkehrgespräche auskommen kann.

## Literaturverzeichnis

- Backes-Gellner, U., Schorn, R. & Krings, A. (2001). Ursachen und Abbau von Fehlzeiten: Analysen auf Basis einer mehrjährigen Betriebsfallstudie. Köln: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Beigel, H. (1997). Reduzierung von Fehlzeiten bei Opel. *Angewandte Arbeitswissenschaft*, 151, 49-65.
- Bitzer, B. (1994). Fehlzeiten: Ein Stufenplan für Rückkehrgespräche. *Personal*, 2, 72-73.

- Bitzer, B. (1999). Das Rückkehrgespräch auf Stationsebene: Es geht nicht nur um den Abbau von Fehlzeiten. *Pflegemanagement*, 4, 278-280.
- Bitzer, B. (2001). Das Rückkehrgespräch: Konstruktives Instrument zum Abbau von Fehlzeiten. *Personalpraxis*, 5, 36-39.
- Borowiak, F. & Taubert, R. (1997). Das Rückkehrgespräch. Ein Instrument gesundheitsgerechter Personalführung. *Personalführung*, 11, 1086-1091.
- Bracke, T. (1999). Berliner Verkehrsbetriebe. In R. Busch (Hrsg.), *Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 189-194). München & Mering: Hampp.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bueren, H. & Wompe, M. (2000). Krankenrückkehrgespräche vor, während und nachher. Hinweise und Argumentationshilfen für Betriebsräte und betroffene KollegInnen. In M. Wompe (Hrsg.), *Jagd auf Kranke – Rückkehrgespräche auf dem Vormarsch* (4. Aufl., S. 107-116). Offenbach: express.
- Bueren, H. (2001). *Weiteres Fehlen wird für Sie Folgen haben! Fehlzeitenmanagement und Belegschaftsinteressen; Ratgeber für Beschäftigte und Interessenvertretungen*. Bremen: Kellner.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version*. John Hopkins University School of Medicine: Eigendruck.
- Franz, K. (1999). "Motivieren statt disziplinieren". Opel Rüsselsheim. In R. Busch (Hrsg.), *Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 170-199). München & Mering: Hampp.
- Gröben, F. (2000). Betriebliche Gesundheitsförderung in Hessen und Thüringen. Ergebnisse einer Betriebsbefragung. *Prävention*, 1, 17-21.
- Hemmer, E. (1999). *Arbeits- und Gesundheitsschutz: Eine Unternehmensbefragung*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- IG Metall, Abteilung Sozialpolitik/Referat Arbeits- und Gesundheitsschutz (2002). *Fehlzeitenmanagement: Krankenrückkehrgespräche und Möglichkeiten der Gegenwehr*. Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt a.M.: IG Metall.
- Johannsen J. (1999). Rückkehrgespräche in der betrieblichen Praxis – Erfahrungen aus der Fertigung bei der Siemens AG (Information and Communication Networks Berlin). In R. Busch (Hrsg.), *Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 178-185). München & Mering: Hampp.
- Keller, W. & Müller, C. (1999). „Top in Form“-Programm zur Gesundheitsförderung und Leistungsentfaltung in der Siemens AG. *Angewandte Arbeitswissenschaft*, 159, 60-72.
- Krüger, W. (1999). Beeinflussung des Gesundheitsstandes bei Volkswagen am Standort Wolfsburg. In R. Busch (Hrsg.), *Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 103-113). München & Mering: Hampp.
- Mall, G. & Sehling, M. (1998). *Das Fehlzeiten-Informationen-Management: ein Konzept zur Verbesserung der betrieblichen Prozesse*. Renningen-Malmsheim: expert.
- Müller, P. (1999). Gesundheitsförderung bei der DaimlerChrysler AG, Werk Berlin. In R. Busch (Hrsg.), *Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 114-119). München & Mering: Hampp.
- Nieder, P. (1998). Reduzierung von Fehlzeiten: Wie Sie Fehlzeiten in den Griff bekommen. *Gablers Magazin*, 1, 41-43.

- Pfaff, H./Kaiser, C./Krause, H. (in Vorbereitung): Krankenrückkehrgespräche und betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin: Sigma
- Piorr, R./Taubert, R. (2000): Gesundheitsmanagement. In: Nachrichten des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung, 1/00, März 2000.
- Piorr, R. (2001). *Rückkehrgespräche – Chance für geringe Fehlzeiten bei gleichbleibender Arbeitsleistung?* Unveröffentlichte Dissertation. Bochum: Ruhr-Universität, Fakultät für Sozialwissenschaft.
- Schnabel, C. (1997). *Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten.* Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- Schnabel, C. (1998). Betriebliche Fehlzeiten und Maßnahmen zu ihrer Reduzierung. *Personal*, 6, 266-270.
- Siewert, F. (1999). Rückkehrgespräche in der Senatsverwaltung für Finanzen. In R. Busch (Hrsg.), *Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 195-198). München & Mering: Hampp.
- Spies, S. & Beigel, H. (1997). *Einer fehlt, und jeder braucht ihn. Wie Opel die Abwesenheit senkt* (2. erw. Aufl.). Wien: Wirtschaftsverlag C. Ueberreuter.
- Wompe, M. (Hrsg.) (2000). *Jagd auf Kranke – Rückkehrgespräche auf dem Vormarsch* (4. Aufl.). Offenbach: express.
- Zerssen, D.v. (1976). *Die Beschwerde-Liste. Manual.* Weinheim: Beltz.
- Zinke, E. (1999). Krankenrückkehrgespräche – Bestandteil betrieblicher Gesundheitskultur. In R. Busch (Hrsg.), *Autonomie und Gesundheit. Moderne Arbeitsorganisation und betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 157-169). München & Mering: Hampp.